

會員上訴表

會員資訊

姓氏：

名字：

中間名：

地址： 城市： 州： 郵遞區號：

電話：

會員 ID： 出生日期： 性別：

醫生姓名：

上訴資料

1. 您想要對什麼提出上訴？（列出被拒絕/推遲/修改的用品/服務/藥物）
2. 這是在什麼時候被拒絕的？（列出被拒絕的日期。可以是您的 NOA 信函上的日期）
3. 為什麼要對此提出上訴？（列出這對您來說是醫療所必需的原因）
4. 請列出您在發送本表格時隨附的所有記錄：（例如：醫生記錄副本或 X 光片）
5. 您是否嘗試過其他任何事物（藥物/治療）？
如果您選擇「是」，請說明：
6. 您是否需要語言協助？
如果您選擇「是」，您說什麼語言？

您的權利

1. Health Plan of San Joaquin 將在收到本上訴後 30 天內發送上訴決議給我。
2. 我是自願合作的。
3. 我有權退保。
4. 我有權聯絡健康照護管理部。
5. 我有權申請州公平聽證會（僅限Medi-Cal 會員）。

我知曉我的上述權利。

簽名（輸入您的姓名）：

日期：

我允許 Health Plan of San Joaquin 獲得病歷、理賠記錄和其他記錄。這些記錄將用於我的上訴。

簽名（輸入您的姓名）：

日期：

協助

是否有人幫助您完成本表格？

如果您選擇「是」，請填寫以下欄位，然後填寫健康資訊使用和披露授權表。

姓名：

關係：

地址：

電話：

簽名（輸入您協助者的姓名）：

協助

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **888.936.7526, TTY/TDD 711**. These services are free of charge.

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **888.936.7526, TTY/TDD 711** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **888.936.7526, TTY/TDD 711** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **888.936.7526, TTY/TDD 711**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **888.936.7526, TTY/TDD 711**. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇՍԱՂՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **888.936.7526, TTY/TDD 711**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշվանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **888.936.7526, TTY/TDD 711**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ហ្លួសម្ពុលជាកាសខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាកាស របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **888.936.7526, TTY/TDD 711**។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការ ភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **888.936.7526, TTY/TDD 711**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **888.936.7526, TTY/TDD 711**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **888.936.7526, TTY/TDD 711**。这些服务都是免费的。

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **888.936.7526, TTY/TDD 711** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **888.936.7526, TTY/TDD 711** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **888.936.7526, TTY/TDD 711**へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **888.936.7526, TTY/TDD 711**へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **888.936.7526, TTY/TDD 711** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **888.936.7526, TTY/TDD 711** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທງໂລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **888.936.7526, TTY/TDD 711**.

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ

ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ **888.936.7526, TTY/TDD 711**.

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **888.936.7526, TTY/TDD 711**.

ਆਪਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **888.936.7526, TTY/TDD 711**.

ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **888.936.7256 (линия TTY/TDD711)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **888.936.7256 (линия TTY/TDD 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **888.936.7526, TTY/TDD 711**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al

888.936.7526, TTY/TDD 711. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **888.936.7526, TTY/TDD 711** นอกจากนี้

ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **888.936.7526, TTY/TDD 711** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

您在 **MEDI-CAL** 管理式护理下的权利

如果您仍然不同意此决定，您可以采取以下措施：

- 申请独立医疗审查，与您的保健计划无关的外部审查员将审查您的个案。
- 申请举行州听证会，法官将审查您的个案。

您可以同时申请独立医疗审查和州听证会。您也可以先申请其中一个，看看能否解决问题。例如，如果您首先申请独立医疗审查，但对其决定不满意，随后仍可要求举行州听证会。但如果您首先申请举行州听证会，并且州听证会已经举行，那么就不能再申请独立医疗审查。在这种情况下，州听证会拥有最终决定权。

您无需支付独立医疗审查或州听证会的费用。

独立医疗审查

如果您希望进行独立医疗审查，必须在本上诉决议通知函发出之日起 **180** 天内提出申请。下文介绍了申请独立医疗审查的方法。¹ 请注意，“申诉”一词既指“投诉”又指“上诉”。

“加利福尼亚州管理式医疗保健部负责监管医疗保健服务计划。如果您希望对保健计划提出申诉，应首先拨打 **209-942-6320** 致电您的保健计划，并使用保健计划的申诉流程，然后再联系加利福尼亚州管理式医疗保健部。使用此申诉流程并不妨碍您享有任何潜在的合法权利或可能获得的补救措施。如果您需要帮助来处理涉及紧急情况的申诉、保健计划未圆满解决的申诉或超过 **30** 天仍未解决的申诉，您可以致电加利福尼亚州管理式医疗保健部寻求帮助。您可能还有资格申请独立医疗审查 (IMR)。如果您符合 IMR 的条件，IMR 流程将对保健计划做出的医疗决定进行公正的审查，这些决定涉及拟议服务或治疗的医疗必要性、试验性或研究性治疗的承保决定以及急诊或紧急医疗服务的付款争议。该部门还为听力和语言障碍人士提供免费电话号码 **(1-888-466-2219)** 和 TDD 专线 **(1-877-688-9891)**。请访问部门网站 <http://www.dmhc.ca.gov> 获取投诉表、IMR 申请表和在线说明。”

¹健康与安全法 (HSC) 第 1368.02(b) 节。HSC 可在以下网址搜索：
<http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>。

州听证会

如果您希望举行州听证会，必须在本上诉决议通知函发出之日起 **120** 天内提出申请。但如果您的保健计划在保健计划上诉过程中继续向您提供有争议的服务（暂领援助），并且您希望在州听证会做出决定之前继续获得该服务，则您必须在本上诉决议通知函发出之日起 **10** 天内申请举行州听证会。即使当您以这种方式申请举行州听证会时，您的保健计划必须向您提供暂领援助，您也应告知保健计划您希望在州听证会做出决定之前获得暂领援助。您应致电 **1-888-936-PLAN (7526)** 联系 **Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan**，接听时间：上午 8 点至下午 5 点。如果您存在听力或语言障碍，请致电 **711 (TTY)**。

您可以通过以下方式申请举行州听证会：

- 通过 www.cdss.ca.gov 在线申请
- 通过电话申请：致电 **1-800-743-8525**。这个号码可能经常占线。您可能会收到稍后回电的留言。如果您存在语言或听力障碍，请拨打 **TTY/TDD 1-800-952-8349**。
- 通过信函申请：填写州听证会申请表或写信。邮寄或传真至：

邮寄： **California Department of Social Services**
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

传真： **916-309-3487** 或免费电话 **1-833-281-0903**

本信随附州听证会申请表。请务必注明您的姓名、地址、电话号码、社会保险号和/或 **CIN** 号，以及您希望举行州听证会的原因。如果由他人帮助您申请州听证会，请在申请表或信件中注明其姓名、地址和电话号码。如果您需要口译员，请告知州听证部门您所使用的语言。您无需支付口译员费用。州听证部门将为您提供一名口译员。如果您患有残疾，州听证部门可免费为您提供特殊便利，以帮助您参加听证会。请提供相关信息，包括您的残疾状况以及所需便利。

您申请举行州听证会后，州听证部门最多可能需要 **90** 天的时间来裁决您的个案并向您发送答复。如果您认为该等待时间会损害您的健康，也可申请在 **3** 天内得到答复。请让医生或保健计划为您写信说明情况。信中必须详细解释为个案裁决等待最多 **90** 天为何会严重损害您的生命、健康或您获得、维持或恢复最大功能的能力。然后，确保申请加急听证会，并提供听证会申请表和解释信函。

您可以亲自在州听证会上发言，也可以让亲戚、朋友、辩护人、医生或律师等人为您代言。如果您希望他人为您代言，则必须告知州听证部门您允许此人代表您发言。此人称为授权代表。

法律援助

您或许可以获得免费的法律援助。请致电 **1-800-952-5210** 联系消费者投诉和保护协调员。您也可以拨打 **1-888-804-3536** 联系您所在县的当地法律援助协会。

您在 **MEDI-CAL** 管理式护理下的权利

如果您不同意保健计划为您的医疗保健作出的决定，可以向您的保健计划提出上诉。

如何提出上诉？

自本行动通知函发出之日起 **60** 天内，您可以提出上诉。如果您的保健计划决定减少、暂停或终止您目前正在接受的服务，您或许能在上诉得到裁决之前继续获得服务。这称为暂领援助。要获得暂领援助资格，您必须在本行动通知函发出之日起 **10** 天内，或在您的保健计划表示将对您的服务进行更改的日期之前，向您的保健计划提出上诉。即使您在上述时限内提出上诉时，您的保健计划必须向您提供暂领援助，您也应在提出上诉时告知保健计划您希望在州听证会做出决定之前获得暂领援助。

如果您错过了提出上诉的 **10** 天期限，或未在服务变更日期前提出上诉，您仍可在本行动通知函发出之日起 **60** 天内提出上诉。但在上诉裁决期间，您将无法获得暂领援助。

您可以自行提出上诉。也可以让亲戚、朋友、辩护人、医生或律师等人代您上诉。此人称为授权代表。您的保健计划可提供一份表格，供您确定授权代表。您或您的授权代表可以发送您希望保健计划查看的任何内容，以便对您的上诉做出决定。将由一名与最初做出决定的医生不同的医生来审查您的上诉。

您可以通过电话、书面或电子方式提出上诉：

- 通过电话提出上诉：请致电 **888.936.PLAN (7526)** 联系 Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan，接听时间：上午 8 点至下午 5 点。如果您存在听力或语言障碍，请致电 711 (TTY/TDD)。

- 通过信函提出上诉：填写上诉表或写信并寄至：

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
Attn: Grievance and Appeals Department
7751 S. Mantney Road, French Camp, CA 95231

通过传真提出上诉：209.942.6355

您的医生办公室可提供上诉表。您的保健计划也可以向您寄送表格。

- 通过电子方式提出上诉：访问 Health Plan 的网站。请访问 www.hpsj-mvhp.org。

我的上诉何时裁决？

对于标准上诉，您的保健计划必须在 **30** 天内对您的上诉做出书面答复。如果您认为等待 **30** 天会损害您的健康，也可申请在 **72** 小时内得到答复。为此，您需要在对保健计划提出上诉时说明为何等待 **30** 天会损害您的健康。确保申请加急上诉。

对于加急上诉，您的保健计划必须尽量向您发送口头通知，告知其对您的上诉的决定。对于标准上诉和加急上诉，您的保健计划都会向您邮寄上诉决议通知函。信中将告知您保健计划对您的上诉做出的决定。

我能否申请独立医疗审查和州听证会？

独立医疗审查是指由与您的保健计划无关的医生来审查您的个案。州听证会是指由法官来审查您的个案。

如果您不同意保健计划对您的服务作出的决定，可以向您的保健计划提出上诉。如果您仍然不同意保健计划对您的上诉作出的决定，或者自您向保健计划提出上诉后至少已达 **30** 天，您可以向管理式医疗保健部 (DMHC) 申请独立医疗审查。DMHC 工作人员将确定您的问题是否符合独立医疗审查的条件。

在大多数情况下，您必须先完成保健计划的内部上诉程序，随后才有资格申请举行州听证会。但有时您可以直接申请举行州听证会。如果您的保健计划未能正确或及时通知有关您服务的信息，则可能发生这种情况。此即“视同走完程序”。以下是一些“视同走完程序”的示例：

- 保健计划未以您的首选语言向您提供此行动通知函。
- 因保健计划失误，导致您的任何权利受到影响。
- 保健计划未向您提供书面行动通知函，告知您其对您的服务打算采取的行动。
- 保健计划的书面上诉决议通知函中存在错误。
- 保健计划未在 **30** 天内对您的上诉做出决定并向您发送上诉决议通知函。
- 保健计划认为您的个案很紧急，但未在 **72** 小时内回复您的上诉并向您发送上诉决议通知函。

有时，您可以同时申请独立医疗审查和州听证会。您也可以先申请一个，看看能否解决问题。例如，如果您首先申请独立医疗审查，但对其决定不满意，则仍可要求举行州听证会。但如果您首先申请举行州听证会，并且听证会已经举行，那么就不能再申请独立医疗审查。在这种情况下，州听证会拥有最终决定权。

您无需支付独立医疗审查或州听证会的费用。

如何申请独立医疗审查？

下文介绍了向 DMHC 申请独立医疗审查的方法。¹ 请注意，“申诉”一词既指“投诉”又指“上诉”。

“加利福尼亚州管理式医疗保健部负责监管医疗保健服务计划。如果您希望对保健计划提出申诉，应首先拨打 **888.936.7526** 致电您的保健计划，并使用保健计划的申诉流程，然后再联系加利福尼亚州管理式医疗保健部。使用此申诉流程并不妨碍您享有任何潜在的合法权利或可能获得的补救措施。如果您需要帮助来处理涉及紧急情况的申诉、保健计划未圆满解决的申诉或超过 **30** 天仍未解决的申诉，您可以致电加利福尼亚州管理式医疗保健部寻求帮助。您可能还有资格申请独立医疗审查 (IMR)。

¹ 健康与安全法 (HSC) 第 1368.02(b) 节。HSC 可在以下网址搜索：

<http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/home.xhtml>。

如果您符合 IMR 的条件，IMR 流程将对保健计划做出的医疗决定进行公正的审查，这些决定涉及拟议服务或治疗的医疗必要性、试验性或研究性治疗的承保决定以及急诊或紧急医疗服务的付款争议。该部门还为听力和语言障碍人士提供免费电话号码 **(1.888.466.2219)** 和 TDD 专线 **(1.877.688.9891)**。请访问部门网站 **www.dmhc.ca.gov** 获取投诉表、IMR 申请表和在线说明。”

如何申请举行州听证会

如上所述，您可能有资格申请举行州听证会。

您可以通过以下方式申请举行州听证会：

- 通过 www.cdss.ca.gov 在线申请
- 通过电话提出上诉：致电 **1.800.743.8525**。这个号码可能经常占线。您可能会收到稍后回电的留言。如果您存在语言或听力障碍，请拨打 TTY/TDD **1.800.952.8349**。
- 通过信函提出上诉：填写州听证会申请表或写信。邮寄或传真至：

邮寄：California Department of Social
Services State Hearings Division
P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

传真：916.309.3487 或免费电话 1.833.281.0903

本信随附州听证会申请表。请务必注明您的姓名、地址、电话号码、社会保险号和/或 CIN 号，以及您希望举行州听证会的原因。如果由他人帮助您申请州听证会，请在申请表或信件中注明其姓名、地址和电话号码。如果您需要口译员，请告知州听证部门您所使用的语言。您无需支付口译员费用。州听证部门将为您提供一名口译员。如果您患有残疾，州听证部门可免费为您提供特殊便利，以帮助您参加听证会。请提供相关信息，包括您的残疾状况以及所需便利。

您申请举行州听证会后，州听证部门最多可能需要 **90** 天的时间来裁决您的个案并向您发送答复。如果您认为等待 **90** 天会损害您的健康，您可以申请加急听证会。如果州听证部门批准您的加急听证申请，可能会在收到保健计划发送的个案卷宗之日起 **3** 天内向您发送听证决定。

您可以拨打上面的电话号码致电州听证部门，申请举行加急听证会。您也可以填写州听证会申请表或写信并发送给州听证部门。您必须解释为裁决等待最多 **90** 天为何会损害您的生命、健康或您获得或维持最大功能的能力。您还可以让医生写信说明情况，解释您为何需要举行加急听证会。

您可以亲自在州听证会上发言，也可以让亲戚、朋友、辩护人、医生或律师等人为您代言。如果您希望他人为您代言，则必须签署一份表格，告知州听证部门您允许此人代表您发言。此人称为授权代表。

法律援助

您或许可以获得免费的法律援助。请致电 **1.800.952.5210** 联系消费者投诉和保护协调员。您也可以拨打 **1.888.804.3536** 联系您所在县的当地法律援助办公室。